

Oclusão intestinal no cancro avançado

Ferraz Gonçalves
IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos/
8º Congresso de Cuidados Paliativos do IPO-Porto
2018

Definição

- Obstrução do intestino distal ao ligamento de Treitz

Epidemiologia

- A mediana de idade dos doentes situa-se na sexta década com grande amplitude de idades (24 a 87 anos)
- Predomínio do sexo feminino 67%.
- A maioria dos doentes tem tumores gastrointestinais (23% a 45%) e ginecológicos (37% a 42%).
- Um número menor, 18%, têm outros tumores: cancro da mama, sarcomas, melanomas, cancro de primário oculto, pulmão, supra-renal, carcinóides.

Epidemiologia

- Num estudo realizado por nós:
 - Colorectal - 40%
 - Ginecológicos - 27%
 - Estômago – 12%

Prognóstico

- Mau prognóstico,
 - Sobrevivência mediana de 3 meses,
 - Há casos de sobrevivências relativamente longas, de alguns anos.
 - Num estudo realizado por nós, 20% dos doentes estavam vivos ao fim de 3 anos.

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- Mecânica
 - compressão extrínseca do intestino por massa(s) abdominal
 - crescimento tumoral intraluminal.
- Funcional (alteração da motilidade)
 - infiltração tumoral dos plexos celíaco ou mesentérico,
 - medicação anticolinérgica,
 - opióides
 - alterações eletrolíticas, como hipercalcemia ou hipocaliemia.

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- Benignas
- Malignas

Causas benignas

- 3 a 48%.
 - 31% (num estudo nosso, ainda não publicado)
- Aderências,
- Doença inflamatória intestinal,
- Hérnias,
- Lesão intestinal pela radioterapia.
- Mais frequentes nos tumores abdominais tratados com radioterapia.

Causas malignas

- Obstrução intrínseca
 - crescimento endoluminal
 - crescimento intramural (linite plastica)
- Compressão extrínseca
- Alteração da motilidade
 - infiltração tumoral do mesentério
 - infiltração do músculo intestinal
 - infiltração do plexo celíaco
 - neuropatia paraneoplásica

Factores concorrentes

- Fármacos obstipantes
- Impacção fecal
- Fibrose
- Diminuição da motilidade
- Alterações da flora no segmento proximal
- Edema

Tipos de obstrução/fisiopatologia

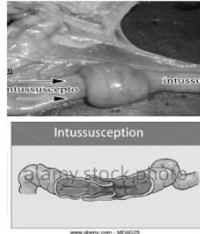
- A oclusão pode ser parcial ou completa.
- Pode ocorrer num ou a vários níveis.
- O intestino delgado é mais frequentemente envolvido do que o cólon - 61% vs 33%;
 - em 20% dos casos são ambos envolvidos

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- As neoplasias primárias são raras como causa de oclusão do intestino delgado, não excedendo 2%.
- É mais comum o envolvimento metastático, principalmente sob a forma de carcinomatose peritoneal.
- As neoplasias do cego que envolvem a válvula ileocecal também podem causar oclusão do delgado.

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- Outra forma de oclusão do delgado é a intussuscepção ou invaginação. É rara nos adultos, representando apenas 5% dos casos de invaginação e 1% das causas de oclusão.
- A gravidade resulta da isquemia que se pode estabelecer com perfuração e peritonite.



Tipos de obstrução/fisiopatologia

- A enterite radiogena causa obstrução por:
 - Produzir alterações fibróticas e adesivas no mesentério e no intestino com diminuição do calibre intestinal e alterações da motilidade.
- É uma causa tardia da radioterapia, 1 ano ou mais, geralmente pélvica, pelo que atinge mais frequentemente o íleo.

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- A oclusão do intestino estimula as secreções gástrica, biliar, pancreática e intestinal:
 - Diminuem a reabsorção de sódio e água
 - Aumentam a secreção de água e sódio da mucosa intestinal.

Tipos de obstrução/fisiopatologia

- Em reacção à obstrução, há aumento do peristaltismo e libertação de prostaglandinas, peptídeo intestinal vasoactivo e mediadores nociceptivos.
- Cria-se um círculo de secreção, distensão e contracção que conduz a hiperemia, edema intestinal e acumulação de fluido no lume intestinal que tendem a perpetuar a obstrução.

Manifestações clínicas

- Curso insidioso:
 - episódios de náuseas, vômitos, obstipação e dores abdominais que resolvem espontaneamente.
- Quando estabelecida:
 - náuseas em 100%, vômitos em 87 a 100%,
 - cólicas intestinais em 72 a 80%,
 - dor devida a distensão 56 a 90%,
 - sem emissão de fezes e gases nas 72 horas anteriores em 85 a 93%.

Sintomas e nível da oclusão

- Duodenal
 - sem dor (em geral), sem distensão
 - Náuseas precoces e intensas, vômitos intensos, de grande volume, com alimentos não digeridos, com pouco odor.
- Intestino delgado
 - cólica central, vômitos, distensão moderada, sons hiperactivos com borboríngos
- Cólon
 - cólica central ou abdominal baixa, vômitos tardios, grande distensão, borboríngos

Manifestações clínicas

- Pode haver 2 tipos de dor abdominal:
 - dor contínua devida ao aumento da pressão endoluminal e pela infiltração tumoral das estruturas abdominais;
 - dor em cólica resultante das ondas peristálticas e espasmos intestinais que aumentam a pressão intraintestinal contra a obstrução.

Manifestações clínicas

- No exame físico há distensão abdominal tanto maior quanto mais baixa for a oclusão.
- Na auscultação abdominal ouvem-se borboríngos, sobretudo no início, mas à medida que o tempo passa o peristaltismo pode diminuir ou mesmo cessar resultando em sons metálicos isolados.
- Outras alterações comuns são a desidratação, caquexia, ascite, massas abdominais palpáveis e deterioração cognitiva.

Diagnóstico

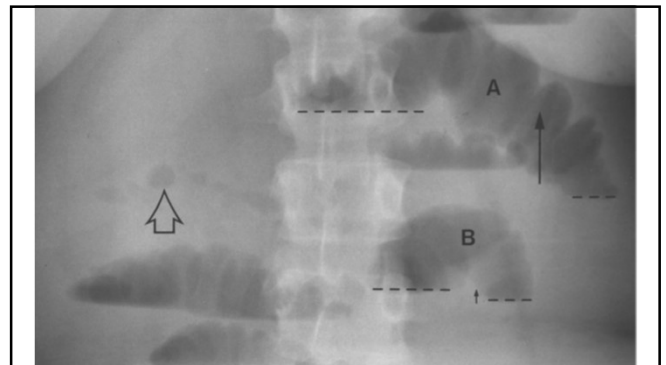
- O Rx abdominal simples foi considerado o meio de diagnóstico mais importante em conjunto com a história e o exame físico para o diagnóstico de obstrução intestinal . Mas, os dados do Rx abdominal simples:
 - permitem o diagnóstico em 50% a 65% dos casos,
 - são duvidosos em 20% a 30%,
 - normais, inespecíficos ou enganadores em 10% a 20%.

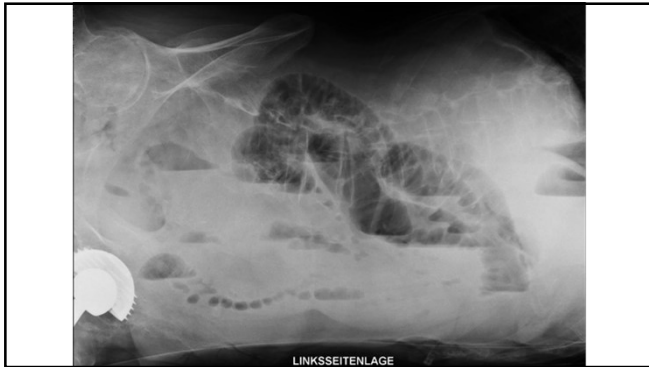
Diagnóstico

- A sensibilidade é de apenas 66%.
- Mais de 75% dos Rx simples podem ser classificados como não diagnósticos ou não úteis para o diagnóstico.
- Apesar destes dados não serem muito bons, continua a considerar-se que o Rx abdominal simples é o método de imagem que se deve usar inicialmente.

Diagnóstico

- Sinais que se revelaram os mais significativos e predictivos de obstrução de alto grau do intestino delgado:
 - Presença de níveis hidro-aéreos de altura diferente na mesma ansa intestinal
 - Largura média dos níveis hidro-aéreos maiores ou iguais a 25 mm
 - Quando ambos os sinais estão presentes, a obstrução é provavelmente de alto grau ou completa
 - Quando ambos os sinais estão ausentes a obstrução é provavelmente de baixo grau ou inexistente





Diagnóstico

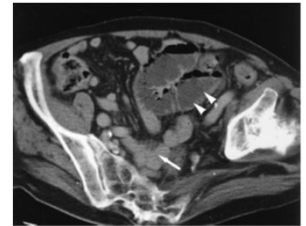
- A TAC permite explorar o intestino e as diversas estruturas abdominais e pélvicas.
- Recomenda-se quando os dados clínicos e radiológicos iniciais não são conclusivos.
- A sensibilidade da TAC standard é de 90%–96%, a especificidade de 96% e a precisão de 95% nas obstruções de alto grau.

Diagnóstico

- A precisão não é tão alta em oclusões de baixo grau ou incompletas, limitando-se a uma sensibilidade de 63% e especificidade de 78%.
- Nestas, a tomografia computadorizada de múltiplos detectores é mais eficiente.
- A TAC permite determinar a localização da obstrução, detectar sinais de gravidade e a etiologia da oclusão.

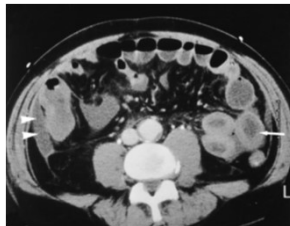
Diagnóstico TAC

- Há uma distensão do intestino delgado proximal > 25 mm associada a ansas distais colapsadas.



Gravidade - TAC

- Isquemia intestinal de grau médio, devida a oclusão arterial parcial.
- Espessamento moderado da parede intestinal (seta) e uma pequena quantidade de líquido intraperitoneal (ponta de setas).



Ressonância magnética

- Tem tido um papel reduzido na avaliação da oclusão intestinal.
- Um estudo mostrou que a RM com gadolínio pode ser útil para distinguir obstrução maligna de obstrução benigna.
- Um outro, sugere que a RM pode identificar a presença, local e causa da oclusão intestinal na maioria dos casos e que em comparação com a TAC se mostrou superior no diagnóstico de oclusão intestinal.

Ecografia

- Raramente usada na avaliação dos doentes com suspeita de oclusão intestinal
- É um método eficaz.
- A sua acuidade afectada pela quantidade aumentada de gás no intestino. Há quem discorde, porque o líquido presente permite um exame bom.
- A sua eficácia depende muito de quem a faz
 - Há uma maior variabilidade entre observadores do que noutros exames.

Rx contrastado

- As técnicas radiológicas com contraste podem ser úteis, mas as náuseas e os vômitos podem impedir a ingestão do produto de contraste.
- Uma possibilidade para ultrapassar esta dificuldade é o uso de sondas nasointestinais que permitem, além de descomprimir o intestino, a injeção do produto de contraste.

Rx contrastado

- Com o contraste com bário obtêm-se uma definição excelente, mas tem o inconveniente de não ser absorvido, pelo que pode ficar impactado, podendo dificultar a interpretação de outros testes.

Rx contrastado

- A gastrografina é um contraste hiperosmolar que fornece também uma boa definição
 - tem a vantagem de favorecer a resolução da oclusão no intestino delgado.
- Um problema é a falta de treino dos radiologistas na realização e interpretação destes exames.

Tratamento

- Cirúrgico
- Médico

Cirurgia

- As opções cirúrgicas para a resolução das oclusões intestinais do delgado incluem:
 - lise de aderências, ressecção definitiva e anastomose ou bypass da área afectada.
- Nas obstruções a nível do cólon geralmente a solução é um colostomia.
- Uma cirurgia bem-sucedida tem sido definida, um pouco arbitrariamente, como uma sobrevivência de pelo menos 2 meses.

Cirurgia

- A percentagem de casos inoperáveis varia entre os estudos, mas pode atingir 24%.
- A morbilidade cirúrgica na oclusão intestinal tem sido reportada entre 9% e 37%
- A mortalidade pós-operatória aos 30 dias vai de 5% a 32%.
- A melhoria na qualidade de vida também tem sido comunicada com grandes variações, até porque têm sido usados critérios muito variados.

Cirurgia

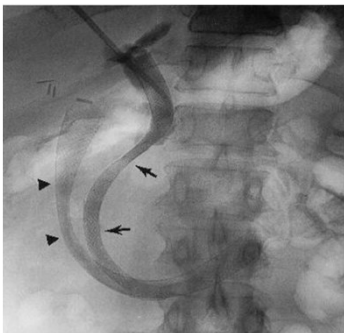
- Entre 7 e 18% desenvolvem fístula enterocutânea.
- As reobstruções após a cirurgia não são raras:
 - Num estudo, 21 de 132 (16%) dos doentes operados foram novamente internados por oclusão, 16 (76,2 %) foram submetidos a outro procedimento cirúrgico ou endoscópico e 5 foram tratados medicamente .
 - Noutro estudo, 58 de 324 (18%) submetidos a cirurgia sofreram nova obstrução.

Factores de risco para cirurgia

- Idade > 65 anos
- Estado de nutrição deficiente
- hipoalbuminemia
- Ascite (mais de 3 L, reacumulação rápida)
- Massas abdominais
- ECOG ≥ 2
- Rigidez da parede abdominal
- Múltiplos níveis aéreos pequenos
- Radioterapia abdominal anterior
- Quimioterapia prévia

Próteses metálicas

- As próteses metálicas expansíveis utilizam-se em obstruções ao nível:
 - da saída gástrica,
 - do intestino delgado proximal,
 - do cólon.
- Podem usar-se quando o risco operatório é grande.
- Estão contraindicadas quando há múltiplas estenoses e carcinomatose peritoneal





www.medicinapaliativa.pt

ferrazg@netcabo.pt